FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Marguerite GUICHARDON

Née à Embrun (Hautes-Alpes), le 9 Décembre 1880

DES INFECTIONS A STREPTOCOQUES

AU COURS DE LA GROSSESSE

En particulier des Érysipèles et des Pleurésies purulentes

Président : M. ROGER, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE, MADAME DU TERRAIL

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin des Hôpitaux

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin des Hôpitaux

Avec la respectueuse expression de ma gratitude pour ses précieux conseils.

A MES MAITRES DE GRENOBLE

A MES MAITRES DE PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/desinfectionsstr0000vari

DES INFECTIONS A STREPTOCOQUES

AU COURS DE LA GROSSESSE

En particulier des Érysipèles et des Pleurésies purulentes

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions le service de M. le Dr Dufour à l'infirmerie de la Maternité, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs érysipèles et deux pleurésies à streptocoques, survenus chez des femmes enceintes. Ces malades n'ayant quitté l'hôpital qu'après guérison complète, nous avons pu étudier, jour par jour, l'évolution de leur maladie et rechercher l'influence de ces infections sur leurs grossesses. Les observations intéressantes que nous avons ainsi recueillies nous ont décidé, sur les conseils de notre maître, à en faire le sujet de notre thèse et à traiter : *des infections à streptocoques au cours de la grossesse.*

On trouve peu de documents sur la question : deux thèses seulement traitent de l'érysipèle au cours de la grossesse, l'une soutenue à Bordeaux par le

Dr Duchein en 1885, la seconde à Paris par le Dr Chaminade en 1894. Quant aux pleurésies purulentes chez les femmes enceintes, tous les traités d'accouchement s'accordent à les considérer comme une rareté exceptionnelle. Elles n'ont, à notre connaissance, donné lieu qu'à une observation publiée dans la *Revue de la Suisse Romande* de 1888 (1).

Depuis la thèse du Dr Chaminade les observations cliniques et les travaux de laboratoire n'ont, cependant, pas cessé de faire la lumière sur ces infections. Les remarquables travaux de MM. les professeurs Widal, Roger, Jeannin et d'autres, que nous ne citons pas ici, ont particulièrement éclairé cette pathogénie obscure.

Grâce aux expériences faites sur le streptocoque en particulier, on peut, à l'heure actuelle, concevoir d'une façon très simple et très précise les infections déterminées par ce microbe. Rien n'est plus aisé d'en déduire l'influence que ces infections, évoluant chez une femme enceinte, peuvent avoir sur sa grossesse.

Nous allons essayer de le démontrer.

---

1. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1888. Genève. Observation du Dr A. Mayor, p. 616.

I

Le streptocoque étant à la fois l'agent de nombreuses maladies et celui de la fièvre puerpérale, on fut très longtemps à redouter toutes les infections dues à ce microbe, quand elles survenaient au cours de la grossesse.

Il semblait que l'organisme de la femme enceinte fût particulièrement délicat à l'égard du streptocoque. C'est ainsi que l'érysipèle était redouté. On enseignait que, lorsqu'une femme contractait un érysipèle au cours de sa gestation, il fallait s'attendre aux pires conséquences pour la mère et pour l'enfant. L'érysipèle provoquait l'avortement ou l'accouchement prématuré et tenait la mère sous la menace d'une infection puerpérale. Quant à l'enfant, il mourait ou naissait dans de si mauvaises conditions, qu'il atteignait rarement sa première année.

Toutes ces craintes relevaient plus du raisonnement que de l'observation des faits. Elles provenaient surtout de ce qu'on ne connaissait qu'imparfaitement l'évolution du streptocoque dans l'organisme et la façon dont il se comporte dans ses diverses infections.

Cependant, avant les découvertes de laboratoire,

les observations cliniques avaient déjà donné un démenti à ces idées préconçues.

Dans la thèse du Dr Duchein, nous trouvons mentionnées 41 observations de femmes enceintes, ayant eu l'érysipèle au cours de leur grossesse : 26 de ces femmes mènent leur grossesse à terme sans accident ; 14 seulement ont des accouchements prématurés et l'érysipèle ne semble pas être seul en cause, pour expliquer ces naissances avant terme (1).

Dans tous ces cas, aucune femme n'a contracté une infection puerpérale. Quant aux enfants la plupart ont survécu.

Malgré ces faits, M. Duchein est tellement imprégné des craintes énoncées plus haut, qu'il donne les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle détermine presque constamment des contractions utérines et provoque suivant l'âge de la grossesse, soit l'avortement, soit l'accouchement avant terme ;

2° Dans l'accouchement prématuré, comme dans l'accouchement à terme, l'enfant est chétif et atteste sa souffrance dans la cavité utérine ;

3° La contagion intra-utérine du fœtus par la mère n'est point rare ; mais pour la constater à la naissance, il faut que la maladie de la mère ne remonte pas au delà de quelques jours ;

4° L'état de grossesse ne paraît pas augmenter d'une manière bien sensible la gravité du pronostic (2).

---

1. Dr Pierre Duchein, Bordeaux, 1885.
2. Dr Pierre Duchein, *De l'Érysipèle pendant la Grossesse*, p. 73.

On voit que ces conclusions sont d'un pessimisme qui n'est pas en rapport avec les faits recueillis.

Cette opinion persiste jusqu'aux observations de M. le professeur Roger et jusqu'à la thèse de M. Chaminade.

M. le professeur Roger a reçu dans son service 44 femmes enceintes, atteintes d'érysipèle. Chez 25 d'entre elles, bien que plusieurs eussent des érysipèles graves, la grossesse a continué son cours normal. Dix-neuf, dont 12 étaient à terme, ont accouché; l'accouchement des 7 autres a eu lieu le huitième mois (1). Quant aux enfants, l'érysipèle de la mère ne semble pas les avoir influencés beaucoup. Les nouveau-nés, venus à terme, ont tous survécu et se sont bien développés. Un seul a contracté la maladie. Né d'une femme atteinte depuis cinq jours d'un érysipèle de la face et allaité par la mère, il a été pris le quatrième jour de sa naissance, d'un érysipèle de la joue qui dura deux jours et guérit fort bien. La contagion résultait manifestement d'un manque de précautions.

Le Dr Legendre rapporte 13 observations sur des femmes enceintes, atteintes d'érysipèle, dont la grossesse et l'accouchement ont été normaux (2).

Le Dr Chaminade signale dans sa thèse que sur 5 femmes enceintes admises à l'Hôtel-Dieu annexe,

---

1. G. H. Roger, *Les Maladies infectieuses*. Paris, 1902, t. II, p. 1110.

2. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, t. IX, 1892, p. 879. Séance du 23 décembre 1892.

en 1894, pour des érysipèles, 4 ont conduit leur grossesse à terme ; la cinquième a accouché à huit mois. Mais cette femme semblait prédisposée à l'avortement, puisque ses deux grossesses antérieures s'étaient terminées à sept et huit mois (1).

Enfin, M. le Dr Dufour a observé 4 cas, dans lequel l'érysipèle n'a aucunement influencé la gestation (2).

Cet ensemble de faits contredit manifestement les idées que l'on se faisait au début de la découverte du streptocoque.

Il semble cependant qu'on devrait admettre qu'une femme sur le point d'accoucher, atteinte d'érysipèle, est plus exposée qu'une autre à faire l'infection puerpérale, puisqu'elle porte dans son organisme l'agent même de cette infection et qu'elle se trouve dans un état de moindre résistance.

Mais cette contradiction à la logique n'est qu'apparente et l'on peut, à l'heure actuelle, lui donner une explication scientifique.

Beaucoup d'infections streptococciques, en effet, sont des infections purement locales ; l'érysipèle est du nombre. Le microbe évolue au niveau même de la lésion, en plein derme. Très rarement, il passe dans la circulation. Très rarement aussi, à moins d'abcès ouvert, il séjourne à la surface de la peau. Ce que l'on sait de l'érysipèle, on peut le dire d'autres infections à streptocoques.

---

1. Dr J. Chaminade. Paris, 1894.

2. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 80e année, 11e cahier 10 juin 1909, art. 2481, p. 415. Conférence par le Dr Dufour.

Pour appuyer notre thèse, nous rappellerons brièvement ce que l'on sait du streptocoque. Nous verrons ainsi comment il se comporte dans ses diverses infections et plus spécialement dans l'érysipèle et dans les affections pulmonaires.

II

Le streptocoque est un microbe, qui se présente sous forme de grains associés en chaînette. C'est un anaérobie plutôt qu'un aérobie : le contact de l'air semble lui être plus nuisible qu'utile.

On a longuement discuté la question de savoir s'il y avait une seule ou plusieurs espèces de streptocoques, car les infections dues à ce microbe sont extrêmement variées.

Maïs si l'on veut bien observer, on s'aperçoit que ces infections forment une véritable gamme et ne diffèrent entre elles que par la localisation du microbe et par sa virulence. Nous verrons par la suite comment on peut expliquer l'extrême variété de virulence d'un microbe à un autre.

Le streptocoque se développe beaucoup mieux en milieu alcalin qu'en milieu acide, car lui-même secrète abondamment des substances acides.

Placé au sein des tissus, il se trouve dans les meilleures conditions pour se développer et proliférer. Il baigne dans un milieu albumineux, loin du contact de l'oxygène libre, à sa température de choix. Il se développerait indéfiniment, si les réactions

organiques ne l'arrêtaient dans sa marche envahissante.

Mais dès l'invasion des microbes, l'organisme se défend, en sécrétant des substances destinées à entraver son évolution. Si elles sont sécrétées avec assez d'abondance, le microbe meurt. Mais dans certains cas, ces substances sont insuffisantes pour détruire le streptocoque ; elles gênent seulement sa prolifération.

Il se passe alors un fait intéressant : le microbe vit d'une vie latente, jusqu'au jour où un changement, survenant dans son milieu ambiant, va le détruire ou réveiller sa virulence.

C'est ainsi que l'on peut expliquer certaines infections répétées chez le même individu : l'érysipèle à répétition, par exemple.

Le microbe n'a pas abandonné l'individu où il vit d'une vie ralentie. Sous une influence quelconque : froid, traumatisme, émotion, l'organisme est dans un état d'infériorité ; le microbe se réveille et détermine une nouvelle poussée.

Le Dr Achalme, dans sa thèse sur l'érysipèle (Paris, 1892) rapporte le cas suivant (1) :

Deux mois après la guérison d'une pleurésie purulente à streptocoque, la malade est morte d'une infection septico-pyohémique. A l'autopsie on trouva dans la plèvre une cuil-

1. Dr Achalme. *Considérations pathogéniques sur l'Erysipèle.* Paris, 1892, p. 46.

lerée à peine de pus très lié et contenant un streptocoque très virulent. On retrouvait le même microbe dans le sang et le liquide louche qui distendait une articulation tibio-fémorale.

Cette observation démontre, encore une fois, comment le microbe avait séjourné dans l'organisme, sans produire aucune infection, et s'était réveillé à un moment donné.

La virulence du streptocoque est extrêmement variable et dépend à la fois du microbe et de l'organisme infecté.

Si l'on ne tient compte que du microbe, on sait que l'on peut exalter sa virulence, en l'associant à d'autres microbes. De nombreuses expériences ont été faites pour le prouver. Nous empruntons celle-ci à la thèse du Dr Achalme (1):

On injecte dans l'oreille gauche de deux lapins quelques millimètres cubes d'une culture pure de streptocoques. En même temps, on injecte dans l'oreille droite d'un seul lapin 2 centimètres cubes de la culture d'un microbe anaérobie. Alors que le lapin témoin présente une simple rougeur et un gonflement de l'oreille, l'autre lapin présente tous les signes d'un érysipèle très grave.

M. le professeur Roger a expérimenté dans le même sens et a produit une septicémie mortelle, en injectant dans les veines d'un lapin une culture de

1. Dr Achalme, p. 62.

streptocoque de virulence atténuée; mais au préalable le lapin avait reçu une injection d'une solution filtrée de *bacillus prodigiosus* (1).

Du reste, les observations cliniques viennent confirmer les expériences.

Toutes les fois que le streptocoque a évolué dans un terrain déjà infecté, ses manifestations ont été beaucoup plus graves. C'est ainsi qu'une infection streptococcique au cours de la rougeole peut déterminer une broncho-pneumonie. Au cours de la scarlatine, de la tuberculose, les infections streptococciques deviennent très inquiétantes, la virulence du streptocoque augmentant d'une façon toute spéciale. Mais la cause susceptible d'exalter au maximum la virulence de ce microbe est la putréfaction.

Nous ne rappellerons pas ici les expériences faites à ce point de vue. La démonstration la meilleure est, à notre avis, celle que nous offre tous les jours la clinique avec l'infection puerpérale.

Lorsqu'après l'accouchement, il reste dans l'utérus quelques caillots ou des débris de placenta et de membranes, ces matières se putréfient. Qu'un streptocoque soit introduit dans ce milieu, aussitôt la fièvre s'allume et l'infection puerpérale s'établit. Ce n'estpas le streptocoque qui a déterminé la putréfaction, mais les produits de cette putréfaction ont réagi sur ce microbe et porté sa virulence au maximun.

---

1. G.-H. Roger. *Maladies infectieuses.*

Nous avons dit plus haut que cette virulence dépendait aussi d'un autre facteur : l'organisme infecté.

Il est certain que si l'infection se produit sur un bon terrain, qui se défend bien, elle est soit arrêtée d'emblée, soit considérablement atténuée. Par contre, si l'organisme est affaibli, ou est la proie d'une autre infection, la résistance se fait mal et, dans certains cas, ne se fait même pas du tout. L'individu devient pour le microbe un véritable bouillon de culture : il est voué à une mort rapide et fatale.

Nous allons voir quels moyens de défense l'organisme oppose à l'infection.

Supposons, pour suivre d'une façon plus vivante la marche de l'infection, que l'on fasse à un individu une injection sous-cutanée dans la peau du bras, d'une culture de streptocoque pure.

A peine le microbe est-il au sein des tissus, qu'aussitôt la défense s'organise. Les vaisseaux lymphatiques avoisinant la lésion se dilatent ; une circulation intense s'établit, amenant un afflux de sérum et de globules blancs autour du point infecté ; puis les leucocytes s'échappent des vaisseaux et cherchent à englober les streptocoques. Ceci produit une inflammation intense, qui se traduit extérieurement par de la tuméfaction et de la rougeur ; c'est la plaque érysipélateuse. Mais si la lymphe est gênée dans sa circulation de retour, il se fait une sorte d'arrêt du sérum qui infiltre et distend les tissus ; l'infection

continuant, il peut se former à ce niveau un abcès ou un phlegmon.

Dans d'autres cas, les microbes pullulent d'une façon considérable et se répandent le long des capillaires lymphatiques, déterminant des traînées de lymphangite. Par l'intermédiaire de ces vaisseaux ils gagnent les ganglions. A ce niveau, deux cas se produisent, ou les microbes sont englobés à ce niveau et l'infection est localisée sous forme d'adénite, ou la barrière est insuffisante et l'infection atteint les gros troncs lymphatiques. De là, elle va au canal thoracique et passe ensuite dans la circulation sanguine.

Les microbes une fois dans le sang infiltrent l'organisme tout entier et l'individu peut périr de septicémie généralisée. Mais si le malade résiste, les microbes qui trouvent dans le sang un milieu défavorable vont se localiser dans les organes et y produisent des pyohémies diverses.

Les organes opposent plus ou moins de résistance à l'infection streptococcique.

Le foie n'offre aucune résistance à ce microbe, qui trouve dans son parenchyme d'excellentes conditions d'existence. Des expériences ont été faites par M. le professeur Roger. Il injectait dans la veine-porte des cultures de streptocoques ; les animaux succombaient au bout de quelques heures après l'inoculation (1).

---

1. G.-H. Roger, *Maladies infectieuses*, t. II, p. 1071.

Ceci nous explique la gravité des infections streptococciques et en particulier de l'érysipèle chez les hépatiques. Cette gravité est surtout remarquable dans les cas d'insuffisance hépatique. Le Dr Bridier de Villemor a résumé dix observations d'érysipèles au cours de la cirrhose alcoolique : les dix malades ont succombé (1).

Du reste, au cours de l'érysipèle le foie est toujours plus ou moins atteint ; en général, il est tuméfié et augmente de volume. Ce fait se produit également dans la plupart des infections streptococciques. Le cœur n'échappe pas à l'infection microbienne. Beaucoup d'infections dues à ce microbe s'accompagnent de myocardite. Cette complication, assez rare dans l'érysipèle, est fréquente dans les septicémies puerpérales et chirurgicales.

Par contre, le poumon représente un organe protecteur contre le streptocoque ; mais la destruction des microbes n'y est pas très active et la limite de résistance est assez vite atteinte. Toute une série d'expériences faites par M. le professeur Roger sont là pour en témoigner (2).

Dans la thèse de M. le professeur Widal nous trouvons relatées plusieurs observations de femmes atteintes de pleurésies purulentes à streptocoques, qui ont guéri par simples ponctions. Les microbes,

---

1. Bridier de Villemor, *De l'Érysipèle dans les Maladies du Foie.* Thèse de Paris, 1894.

2. G.-H. Roger, *Maladies infectieuses.*

n'ayant pas trouvé dans le liquide pleural un milieu favorable à leur développement, n'avaient pu proliférer et leur virulence était allée toujours s'atténuant.

Il est intéressant de savoir comment se comporte le streptocoque dans l'appareil génital chez la femme enceinte. Pour cela, nous devons rappeler les travaux considérables qui ont été faits sur les sécrétions vaginales et la flore microbienne du canal génital.

Dans la thèse de Hallé (1897-1898) nous trouvons que chez la femme enceinte à l'état normal, les microorganismes pullulent au niveau de la vulve. Dans le vagin, on trouve quantité de microbes aérobies et surtout des anaérobies. Les anaérobies abondent dans la profondeur du vagin et dans le bouchon muqueux du col utérin. A partir de ce point, le canal génital (utérus et trompe) ne contient pas de germes.

D'autre part, la thèse de Bensis (1899-1900) apporte de nouveaux éclaircissements sur cette question.

Bensis a surtout étudié les sécrétions vulvaires et vaginales. Il est arrivé aux résultats suivants. Ces sécrétions sont toujours acides, mais de coloration et de consistance variables. Quant à la flore qui séjourne dans ces sécrétions, elle est très différente dans la vulve et dans le vagin.

La flore vulvaire est surtout composée :

1° D'aérobies dont la majorité se développe en anaérobies facultatifs, surtout dans les milieux sucrés ;

2° D'anaérobies stricts.

Parmi les variétés microbiennes poussant sur les milieux aérobies, on rencontre souvent les variétés pyogènes classiques : staphylocoque doré, streptocoque, colibacille. Ce dernier est parmi les trois variétés précédentes celui que nous retrouvons le plus souvent. Mais ces microbes pyogènes sont le plus souvent de virulence atténuée, parfois même nulle.

La flore vaginale n'est pas la même dans toutes les parties du vagin. Elle diffère suivant que l'on examine l'entrée ou le fond qui avoisine le col utérin.

La flore de l'entrée du vagin se rapproche de celle de la vulve avec cette différence qu'elle est moins riche en aérobies que cette dernière. On y rencontre cependant quelques variétés aérobies pyogènes, mais en bien moins grande quantité qu'à la vulve.

La flore du fond du vagin est presque exclusivement anaérobie. On n'y rencontre jamais les variétés aérobies pyogènes, mais par contre les aérobies suivantes :

1° Un saccharomyces qui ressemble à l'oïdium albicans et que l'on rencontre dans une proportion de 40 o/o ;

2° Plusieurs variétés de sarcines, parmi lesquelles la sarcine jaune et la sarcine ocre.

Quant à la flore anaérobie, elle est très variée et comprend de nombreuses espèces qui se développent dans les milieux acides. Parmi ces anaérobies, beaucoup ne sont pas pathogènes ; d'autres sont pathogènes pour le lapin et le cobaye, chez lesquels ils

déterminent des abcès à pus noirâtre et à odeur fétide.

A côté des thèses de Hallé et de Bensis, nous trouvons les travaux de savants allemands qui ont poussé plus audacieusement leurs expériences et sont arrivés à des résultats inattendus.

Étant donné l'acidité des sécrétions vaginales et la faible virulence des micro-organismes pyogènes qui y vivent, Stroganoff eut l'idée que les sécrétions vaginales pouvaient être bactéricides et fit des expériences dans ce sens.

Il prélevait un peu de mucus vaginal, le mettait dans une éprouvette stérile, puis y ajoutait une culture de staphylocoques pyogènes et mélangeait le tout. Les staphylocoques diminuaient rapidement dans le mucus et ne tardaient pas à être détruits. Le mucus vaginal se comportait comme un antiseptique.

Krœnig entreprit à son tour sur une vaste échelle l'étude de la propriété bactéricide du mucus vaginal.

Mais, au lieu d'expérimenter comme Stroganoff, il opéra sur le mucus vaginal dans le vagin même.

Il infectait le vagin d'une femme enceinte avec une culture pure d'un microbe donné, il ensemençait ensuite après un temps variable une parcelle de ce mucus dans les milieux les plus favorables à son développement. Il assistait à la mort de ces microbes. Il commença ses expériences avec le bacille pyocyanique peu dangereux pour la femme en couches, puis avec le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré. Il obtint les mêmes brillants résultats.

Les sécrétions vaginales étaient douées d'un pouvoir microbicide chez la femme enceinte.

A côté de ces expériences sur l'appareil génital de la femme, nous rappellerons les expériences de MM. Straus et Sanchez Toledo sur les utérus de femelles d'animaux après la parturition.

MM. Straus et Sanchez Toledo ont expérimenté sur les femelles de différents animaux (lapin, cobaye, etc.). Leurs premières recherches ont consisté à faire l'examen bactériologique de la cavité utérine et du liquide qu'elle renferme après la parturition physiologique.

Les conclusions de leurs travaux sont qu'après la parturition physiologique, la paroi utérine, ainsi que les sécrétions qui y sont contenues, ne renferment pas de micro-organismes. Les nombreux germes que contiennent les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou, s'ils y pénètrent, ils sont rapidement détruits.

Du reste, ces expériences concordent avec celles que M. Dœderlein fit sur les lochies des femmes en couches. Ces lochies, prises avec pureté dans l'utérus des accouchées et inoculées aux animaux, ne produisaient aucun effet pathologique. L'examen bactériologique de ces lochies était nul.

Mais revenons à la deuxième série d'expériences de MM. Straus et Sanchez Toledo.

Après la parturition, ils introduisaient dans l'intérieur des cornes utérines des cultures pures de divers microbes pathogènes (bacillus anthracis,

vibrion septique, staphylococcus pyogène aureus, choléra des poules).

Dix femelles furent expérimentées et les injections furent faites trois ou six heures après la mise bas. En même temps, on faisait de semblables injections sous la peau d'animaux témoins. Les injections dans les cornes utérines ne donnèrent aucun résultat ; mais les animaux témoins moururent. Pour le choléra des poules, cependant, les lapines dont les utérus avaient été infectés moururent au bout de vingt-quatre heures ; mais l'on sait que les lapins sont très sensibles à ce micro-organisme.

Ceci montre chez les animaux le pouvoir bactéricide de l'utérus après la parturition. Chez la femme il semble en être tout autrement.

Toute cette digression n'est pas inutile, car elle nous rassure en nous montrant combien il est difficile à la femme enceinte de s'infecter au niveau de l'utérus. Elle semble mieux protégée contre l'infection qu'une femme en dehors de la gestation.

Mais pour en revenir au streptocoque lui-même, on a cru longtemps qu'il était l'agent unique de l'infection puerpérale. On pensait que l'utérus se comportait comme un filtre à l'égard des autres microbes et se laissait pénétrer seulement par le streptocoque.

On est revenu sur ces conceptions. On sait que si le streptocoque est l'agent le plus fréquent et le plus redoutable de la septicémie puerpérale, d'autres

microbes et en particulier le colibacille peuvent produire la même infection.

Nous venons de voir comment chaque organe se comporte vis-à-vis du streptocoque et quelle résistance il oppose à l'infection, mais parmi les moyens de défense de l'organisme, il ne faut pas oublier l'influence considérable du système nerveux. C'est lui qui régularise, en quelque sorte, le processus inflammatoire.

L'excitation des terminaisons nerveuses par les toxines microbiennes et par les produits que rejettent les cellules, produisent, par action réflexe, une vasodilatation active au point envahi. On conçoit facilement que plus le système nerveux sera excitable, plus la congestion sera précoce et par conséquent plus l'évolution sera aiguë, c'est-à-dire plus elle aura chance de se faire favorablement (1).

Ce résumé très succinct fait voir quels sont les facteurs qui entrent en jeu, pour faire de l'infection streptococcique, soit une maladie presque inoffensive, soit une septicémie redoutable.

On comprend ainsi comment l'érysipèle apparaissant chez une femme enceinte, qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents pathologiques, peut évoluer chez elle, sans amener de troubles notables au cours de sa grossesse.

Dans l'érysipèle, le microbe agit sur place ; les ganglions correspondant à la zone érysipélateuse

1. G.-H. Roger, *Maladies infectieuses*, t. I, p. 262.

sont infectés à titre exceptionnel. C'est à titre plus exceptionnel encore que le microbe passe dans la grande circulation. D'autre part, nous savons déjà que, à moins d'abcès ouvert, le microbe ne séjourne pas à la surface de la peau.

Toutes ces conditions réunies font que le sang de la mère n'étant pas infecté, l'enfant ne peut être infecté pendant sa vie intra-utérine. On n'a pu jusqu'ici signaler qu'un seul cas où cette infection se soit produite : c'est celui cité par Lebedeff.

Une femme atteinte d'érysipèle avorte, à six mois et demi, d'un fœtus qui vit quelques minutes. La peau de ce fœtus était altérée, renfermant des microbes abondants ressemblant à celui de l'érysipèle et siégeant dans les lymphatiques. On n'en trouvait ni dans le sang, ni dans le placenta; mais il y en avait dans les tissus du cordon ombilical. Le microscope avait passé à travers les villosités épithéliales dans le délivre, dans les voies lymphatiques des annexes et dans le derme du fœtus (1).

Cette observation ne contient sur la mère aucun détail qui permette d'expliquer la gravité de l'érysipèle. Cette femme avait certainement un terrain tout préparé à l'invasion du streptocoque, car chez elle l'infection n'a pas été purement locale. Les microbes ont franchi la barrière ganglionnaire et se sont répandus dans tout l'organisme : on en a retrouvé sur le corps même du fœtus.

1. Cité par le Dr Chaminade, p. 22. Thèse de Paris, 1894.

Ce cas unique ne saurait cependant modifier notre manière de voir.

Ordinairement, en effet, l'infection streptococcique est très localisée dans l'érysipèle. D'autre part, le microbe séjournant en plein derme, à moins de grossières fautes d'antisepsie au moment de la desquamation, ne peut infecter la femme au niveau de l'utérus, si l'érysipèle à évolué en plein accouchement.

Est-ce à dire, qu'il faille considérer l'érysipèle au cours de la grossesse, comme une maladie sans importance ? telle n'est pas notre pensée.

En écartant toute idée d'infection plus étendue, et le cas est possible, l'érysipèle, comme toutes les maladies aiguës, s'accompagne d'une fièvre très forte et l'on sait combien les températures élevées sont nuisibles au fœtus. On a noté fréquemment des accélérations, des battements du cœur du fœtus au cours de l'érysipèle, parfois même la disparition complète des bruits pendant quelques heures. Mais l'on sait aussi que cette absence de bruits du cœur chez l'enfant n'implique pas toujours une idée de mort *in utero*. On a vu des enfants ne présenter aucun signe de vie pendant plusieurs jours et naître parfaitement vivants.

Donc sans nier la gravité de l'érysipèle au cours de la grossesse, nous nous croyons cependant en droit d'affirmer, qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure. Il faut surtout veiller à ce qu'une antisepsie rigoureuse soit observée vis-à-vis de la

malade. Si, comme nous le disions, elle n'est soumise qu'à l'influence de l'érysipèle, elle a toutes les chances possibles de mener sa grossesse à terme et d'accoucher d'un enfant vivant.

Les pleurésies purulentes au cours de la grossesse se présentent rarement.

Nous avons eu la bonne fortune d'en suivre deux cas et nous ajouterons à nos observations celle que nous avons trouvé mentionnée dans la *Revue de la Suisse Romande* de 1888 (1). Dans ce dernier cas, nous ne savons pas s'il faut incriminer le streptocoque, car l'examen bactériologique n'a pas été fait.

Comment le streptocoque parvient-il jusqu'à la plèvre ? Il peut y accéder soit par voie sanguine, soit par contiguïté de la plèvre au poumon dans les lésions pulmonaires.

L'infection par voie sanguine se réalise surtout dans les cas de septicémie. On peut l'observer à la suite de la fièvre puerpérale. Les streptocoques qui circulent dans le sang se localisent à un moment donné sur la plèvre, en général parce que le malade avait déjà eu des lésions antérieures, car nous savons que le liquide pleural n'est pas un milieu de choix pour le streptocoque.

Nous ne nous occuperons pas de ces cas-là, qui se révèlent après l'accouchement et n'ont pas à notre connaissance été observés au cours de la grossesse.

Nous avons dit que le streptocoque peut aussi

---

1. *Revue médicale de la Suisse Romande*, p. 616. Genève, 1888.

atteindre la plèvre secondairement à des lésions pulmonaires.

On sait que le microbe se trouve dans la broncho-pneumonie et fréquemment dans la grippe. Le processus est donc très simple. A la suite d'un foyer de broncho-pneumonie la plèvre irritée par les microbes siégeant au niveau de la lésion, s'enflamme et réagit à la façon des séreuses, en sécrétant un liquide séreux ou purulent.

Les deux cas s'observent avec le streptocoque, qui peut déterminer aussi bien une pleurésie séreuse qu'une pleurésie purulente.

Nos observations ont porté sur des pleurésies purulentes. Les malades étant venues dans le service atteintes de pleurésie en pleine évolution. Nous n'avons pu déterminer exactement la cause initiale de la pleurésie.

Dans l'observation II tout laisse supposer que la malade a eu, avant sa pleurésie, une broncho-pneumonie. Elle a en effet présenté des points de côté, de la toux, de la fièvre, une dyspnée intense et c'est après l'amélioration de cet état que sa pleurésie s'est installée.

Quant à l'observation I, les renseignements fournis par la malade sont trop vagues pour nous permettre de décider si elle a eu simplement de la grippe ou si elle était atteinte d'une affection pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, ces pleurésies purulentes n'ont aucunement gêné la grossesse. Les malades sont

arrivées au voisinage du terme et ont toutes deux accouché d'enfants vivants et bien portants. Quant aux malades, elles ont été pleurotomisées le lendemain de leur accouchement et leur état est toujours allé s'améliorant. Elles ont guéri sans présenter aucune autre infection.

L'examen bactériologique avait montré que leurs pleurésies étaient de nature streptococcique. On pouvait donc s'attendre à une terminaison moins heureuse. Mais dans la pleurésie comme dans l'érysipèle le streptocoque agit localement. Il n'y a donc pas lieu de s'effrayer. On sait qu'avec des soins et de l'antisepsie on peut se rendre facilement maître de ces infections locales.

OBSERVATIONS

Erysipèles au cours de la grossesse

OBSERVATION I (Personnelle)

Erysipèle au quatrième mois de la grossesse

Mme Blanche G..., infirmière, âgée de trente et un ans, entrée à l'infirmerie de la Maternité le 15 avril 1910 parce qu'elle a la fièvre et souffre de la tête.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux n'ont rien de marqué.

Son père est mort à la suite d'un accident ; sa mère est vivante.

Elle a trois frères et sœurs en bonne santé.

Elle n'a jamais été malade et n'a même pas eu les maladies ordinaires de l'enfance.

Elle est enceinte de quatre mois.

15 avril à 11 heures du matin. — Elle a éprouvé un grand frisson. Sa température, prise aussitôt après, était de 38°5. Elle n'a pas vomi.

A ce moment elle ressent une douleur cuisante au niveau de l'angle interne de l'œil gauche. Les yeux pleurent.

A 6 heures, la région s'engorge et les douleurs apparaissent au niveau du nez. La malade mouche un peu de sang. En même temps la fièvre augmente. La température prise à 7 heures du soir est de 41 degrés.

16 avril. — Elle a la figure rouge et gonflée. Le nez très gros est rouge et reluisant. L'œil gauche a de la peine à s'ouvrir, mais les paupières ne sont pas encore très œdématiées.

Elle ne peut respirer par le nez.

A la palpation, on sent la peau chaude. Les téguments sont durs et limités sur le front, à la racine du nez, par un bourrelet visible. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Examen des autres organes. — *Rein.* — Pas d'albumine ni de sucre.

Foie. — Pas de pigments biliaires.

Cœur. — Normal.

Poumons. — Normaux.

La maladie évolue en six jours.

Dans la nuit du 21 au 22 avril, la fièvre tombe brusquement de 39°5 à 36°5 et se maintient ainsi, entre 36°5 et 37 degrés pendant quelques jours. Puis la malade peut se lever et quitter l'hôpital tout à fait guérie.

Nous avons voulu savoir ce qu'était devenue cette malade. Actuellement (8 août 1910), elle se porte très bien, elle n'a pas eu de récidive. Elle est au huitième mois de sa grossesse, et tout laisse supposer qu'elle la ménera à terme et dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION II (Personnelle)

Erysipèle de la face à huit mois et demi de la grossesse. Accouchement spontané en pleine maladie.

Mme Jeanne J..., vingt-huit ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires.— Très bons; son père et sa mère sont vivants et bien portants ; elle n'a ni frère ni sœur.

Elle s'est toujours bien portée avant sa grossesse.

Ses dernières règles remontent du 10 au 15 août 1909 ; elle est ainsi dans son neuvième mois.

Pendant les premiers mois, elle a eu des vomissements, mais comme ils ne l'incommodaient pas, elle n'a jamais consulté.

29 avril 1910. — Elle a eu un violent mal de gorge. Le docteur appelé a ordonné des gargarismes et, au bout de deux jours, a porté le diagnostic d'un érysipèle de la face.

2 mai à 8 heures du matin. — La malade ressent des contractions utérines douloureuses.

Elle vient à la Maternité et, comme elle entre en travail, on la dirige dans le service de l'isolement où M. Macé confirme le diagnostic d'érysipèle déjà porté.

Examen de la malade. — L'oreille et la joue droites sont rouges, œdématiées, luisantes.

Le malade mouche du sang ; sa température est à 40°5.

On la transporte à l'infirmerie de la Maternité le 2 mai 1910. L'érysipèle suit son cours.

La plaque érysipélateuse tient toute la joue droite et gagne l'oreille: elle est nettement limitée par un bourrelet. Les ganglions maxillaires ne sont pas infectés.

Examen des autres organes. — *Rein.* — Pas d'albumine, pas de sucre.

Foie. — Pas d'ictère, mais le foie est douloureux.

Poumons. — Normaux.

Cœur. — Normal.

Comme les douleurs utérines augmentent on fait venir une sage-femme qui procède à l'accouchement.

Examen obstétrical. — Utérus développé comme pour une grossesse de huit mois et demi. L'accouchement se fait spontanément.

L'enfant est vivant et pèse 2.820 grammes. Il semble ne présenter aucune marque de souffrance intra-utérine.

La délivrance est incomplète; aussi fait-on une injection intra-utérine.

Le lendemain de l'accouchement la fièvre remonte à 40°5.

Mais le 4 mai, la malade va déjà mieux : la fièvre tombe en lysis les jours suivants.

8 mai. — Elle est à 37 degrés. La plaque érysipélateuse est complètement guérie.

12 mai. — Nouvelle ascension de la température. On croit avoir affaire à une nouvelle poussée; mais cette poussée avorte et la femme quitte l'hôpital le 23 mai, complètement guérie.

OBSERVATION III (Personnelle)

Érysipèle de la face chez une femme, pendant l'accouchement.

Mme D..., trente-quatre ans, ne présente rien de particulier sur ses antécédents héréditaires et pathologiques. Son père est mort à soixante ans, d'une maladie de cœur. Sa mère est

vivante. Elle a deux frères et une sœur en bonne santé. Elle-même s'est toujours bien portée et a eu deux grossesses antérieures à celle-ci, qui ont évolué dans de bonnes conditions.

La malade entre à la Maternité, parce qu'elle est sur le point d'accoucher. Mais comme elle a de la fièvre, on l'envoie à l'infirmerie de la Maternité, le 9 avril 1910.

10 avril. — Elle accouche spontanément d'un enfant du poids de 2.900 grammes, vivant et parfaitement constitué. La délivrance ne donne lieu à aucun accident. Mais, le lendemain matin, la fièvre est à 40°2 et la malade éprouve de violentes douleurs de tête, avec une sensation de chaleur cuisante au voisinage de l'aile gauche du nez.

Bientôt, toute la joue gauche est rouge, luisante, tuméfiée et très douloureuse. On voit nettement le bourrelet érysipélateux qui limite la plaque tuméfiée.

La fièvre est à 39°5 et se maintient ainsi trois jours, puis elle tombe en lysis, en même temps que les symptômes disparaissent du côté de la face. L'état général est bon ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de diarrhée.

16 avril. — La malade se croit guérie; elle reste cependant encore quelques jours au lit. Mais, le 22 avril, une nouvelle poussée se produit à droite ; la fièvre est remontée à 39°5. Cette deuxième poussée, beaucoup moins grave que la première, évolue en trois jours et la malade complètement guérie, quitte l'hôpital le 30 avril.

Quant à l'enfant, la mère, ayant beaucoup de lait, le nourrit elle-même à partir du 24 avril.

OBSERVATION IV

(M. le professeur Roger).

Érysipèle de la face au cours de la grossesse

Augustine B..., vingt-six ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 1er janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à dix ans; trois grossesses antérieures; les enfants venus à terme sont bien portants.

Elle est enceinte pour la quatrième fois de huit mois environ; dernières règles, fin avril 1893. Elle avait toujours depuis quelque temps des croûtes d'impétigo au cuir chevelu et au visage et souffrait beaucoup de la tête depuis quatre ou cinq jours, lorsque le 25 décembre, elle fut prise d'un grand, frisson. En même temps, apparaissait, à l'angle interne de l'œil gauche, de la rougeur et du gonflement; les jours suivants, le côté gauche de la face est envahi en totalité.

A son entrée à l'hôpital, on assiste à l'extension de l'érysipèle au côté droit de la face, pendant qu'à gauche le processus diminue. Température 39 degrés. État général bon; pas de complications. L'érysipèle reste stationnaire le 2 et le 3; le 4 on observe une chute brusque de la température; le 7 la guérison est complète.

A aucun moment, il n'y a eu menace de l'interruption de la grossesse. Les bruits du cœur de l'enfant ont toujours été bons, mais plus rapides.

OBSERVATION V

(M. le professeur Roger)

Louise W..., vingt-six ans, entre le 23 mars 1894 à l'Hôtel-Dieu annexe.

Erysipèle de la face, surtout marqué à droite. Il a débuté par un violent frisson, dans la nuit du 22. Les jours suivants, la rougeur et le gonflement gagnent la joue et l'oreille gauches.

La malade est enceinte de sept mois : dernières règles à la fin d'août 1893.

L'état général est satisfaisant, sauf un peu d'anorexie et de constipation.

L'érysipèle évolue normalement en huit jours ; la température n'a jamais dépassé 38°5. La grossesse continue.

OBSERVATION VI

(Thèse de M. le Dr Chaminade.)

Marguerite H..., vingt-sept ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 11 avril 1894.

L'érysipèle a débuté par un frisson dans la nuit du 9 au 10 avril. Toute la figure est extrêmement tuméfiée ; les paupières œdématiées empêchent la vision ; le cuir chevelu est douloureux. Sauf un peu d'anorexie, l'état général est bon ; température 39°5.

La malade est enceinte de huit mois et demi ; les dernières

règles remontent au 25 juillet 1893. C'est sa première grossesse. Les bruits du cœur de l'enfant sont bons, un peu précipités. La tête est engagée en droite postérieure ; le col est long et fermé.

14 avril. — Chute brusque de la température; diminution très rapide du gonflement et de la rougeur.

17 avril. — Guérison complète. La grossesse continue.

OBSERVATION VII

(Thèse de M. le Dr Chaminade.)

Erysipèle au cours de la grossesse chez une femme syphilitique

Lucie S..., employée de commerce, vingt ans, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe le 22 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu un érysipèle.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans son enfance.

Réglée à seize ans ; elle a eu ses dernières règles du 2 au 7 septembre 1893 ; c'est sa première grossesse ; elle est à terme.

L'érysipèle a débuté par un frisson, le 20 mai, suivi de gonflement et de rougeur sur la partie gauche du nez ; le lendemain toute la face était prise. Température le jour de son entrée à l'hôpital : 38°5.

Aucune complication dans les appareils, mais elle porte sur la grande lèvre gauche un chancre induré datant de six semaines.

L'état général semble déjà s'être ressenti de l'infection

syphilitique, car la malade dit avoir maigri depuis quelques semaines. Elle est très pâle et très abattue.

Elle prend deux pilules de protoiodure par jour.

L'enfant placé en OIGA semble ressentir assez peu cette double infection. Les bruits du cœur sont seulement un peu précipités

Pas de contractions utérines. L'érysipèle évolue en cinq jours, du 22 au 27 mai ; ce jour-là la fièvre est redescendue à 37 degrés.

3 juin. — Dans la nuit, la malade est prise de douleurs. Elle accouche d'un enfant de 2.900 grammes à 1 heure du matin.

Tout de suite après l'accouchement, elle éprouve un frisson. La fièvre monte à 39 degrés et l'érysipèle envahit de nouveau toute la face.

L'état général est d'ailleurs excellent ; le ventre est souple, non douloureux, les lochies ne sont pas fétides.

Cette poussée d'érysipèle évolue en quelques jours ; le 7 juin il n'y a que les paupières qui restent œdématiées.

8 juin. — Il se fait une troisième poussée ; la température est à 40 degrés.

12 juin. — Un abcès tend à se former à la paupière supérieure gauche ; la température est de 38 degrés.

12 au 17 juin. — Amélioration notable. On incise l'abcès. L'examen bactériologique ne révèle dans le pus que du pneumocoque.

La sécrétion lactée chez cette femme est très peu abondante. Il est vrai qu'elle était primipare et très affaiblie par son infection syphilitique.

20 juin. — La mère et l'enfant quittent l'hôpital en parfaite santé.

Pleurésies purulentes à streptocoques au cours de la grossesse

OBSERVATION I (Personnelle)

Mme Léontine G..., dix-huit ans, ne présente rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont vivants et en bonne santé.

Elle n'a ni frère, ni sœur. Elle-même s'est toujours bien portée.

Au mois d'août 1908, elle est devenue enceinte. Sa grossesse s'est passée sans incident, jusqu'au mois de mars 1909. A ce moment elle a pris froid et s'est mise à tousser et à ressentir des points dans le côté droit. Au bout de quelques jours, elle allait mieux, mais elle était oppressée et ressentait toujours un point au côté droit.

6 mai 1909. — Elle a accouché d'un enfant vivant, presque à terme. Mais, comme depuis huit jours elle était très oppressée et que ses douleurs au côté droit avaient augmenté, elle est entrée à l'infirmerie de la Maternité le 7 mai 1909.

8 mai, au matin. — La malade est en proie à une dyspnée intense. Tout mouvement provoque une crise de suffocation et il est difficile de l'examiner. La respiration est superficielle et rapide. Le point de côté siège à la base droite. Le pouls est à 140.

Examen du poumon. — Matité à droite en arrière, remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Sonorité en avant. Le foie n'est pas abaissé. On entend un souffle presque amphorique dans toute l'étendue du poumon droit.

Rien au poumon gauche.

Une ponction exploratrice révèle du pus.

L'examen bactériologique décèle la présence de streptocoques.

8 mai. — Dans l'après-midi, on résèque une côte à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, sur une longueur de 2 centimètres. L'opération donne issue à une très grande quantité de pus peu fétide.

Le lendemain 9 mai, on fait une injection intra-veineuse de 1 centimètre cube de collargol.

La température oscille entre 38 et 39 degrés.

Le pouls est entre 120 et 140.

26 mai. — La température est à 37 degrés, mais le soir même, elle remonte à 38°8, puis à 39 degrés.

2 juin, au soir. — On fait une injection intra-veineuse de 1 centimètre cube de collargol.

3 juin. — La température est à 38°8 et le soir elle atteint 39°9.

Elle oscille entre 38 et 39 degrés jusqu'au 15 juin.

19 juin. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 04 de collargol.

7 juillet au 18 août. — La température se maintient entre 37 et 38 degrés, puis devient normale.

Pendant tout le cours de la maladie, les pansements ont été faits chaque jour. On faisait couler par le drain du vin aromatique.

Trois fois on a fait ces lavages avec une solution de collargol.

Vers le 15 septembre, on enlève le drain et la malade sort complètement guérie le 5 octobre.

L'enfant, né le 6 mai, a été élevé au lait de nourrice et s'est fort bien développé.

OBSERVATION II (Personnelle)

M^me^ D..., dix-neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Très bons. Père et mère vivants, en bonne santé. Quatre frères et deux sœurs bien portants.

La malade s'est toujours elle-même bien portée. Elle est enceinte depuis le mois d'août 1909 ; ses dernières règles datent du 15 au 20 août.

15 août. — La malade, qui, jusque-là, n'a pas été incommodée par sa grossesse. prend froid.

Aussitôt elle se met à tousser et à cracher.

Elle est très essoufflée : sa respiration est haletante et elle ressent des points dans les deux côtés. Elle garde le lit une dizaine de jours ; on lui applique des cataplasmes sinapisés ; puis elle se sent mieux, elle ne tousse plus et elle peut se lever.

Mais, le 26 avril, elle ressent un point de côté très douloureux, à gauche. En même temps, elle est très essoufflée et respire avec peine. Elle entre à l'infirmerie de la Maternité. Elle est dans le neuvième mois de sa grossesse. A ce moment elle ressent des douleurs et elle accouche le 5 mai 1910 d'un enfant vivant du poids de 2.500 grammes. La délivrance se fait naturellement.

Pendant l'accouchement, la malade a souffert beaucoup dans le côté et on a dû lui faire plusieurs injections de caféine et de camphre.

6 mai. — Elle est toujours très fatiguée. La température est de 39 degrés; le pouls à 120; la respiration superficielle.

7 mai. — On examine le poumon. Les espaces intercostaux sont distendus. On note un léger œdème de la paroi. A la percussion, on constate une matité étendue de la base du poumon gauche, jusqu'au-dessus de la pointe de l'omoplate. L'espace de Traube a disparu. A l'auscultation, on constate un souffle pleurétique à gauche.

On fait une ponction exploratrice et l'on retire un liquide purulent. L'examen bactériologique révèle des streptocoques.

Le jour même, on résèque la huitième côte du côté gauche sur une longueur de 2 centimètres et il s'échappe une grande quantité de liquide purulent. On place un drain ; puis la malade est mise au repos. La fièvre se maintient entre 38°5 et 39 degrés. Le pouls est à 100.

8 mai. — On fait une injection intra-veineuse de collargol.

Tous les jours le pansement est renouvelé.

A partir du mois de juin, on lave la plaie, par l'intermédiaire du drain, au vin aromatique.

Pendant tout le mois de mai, la fièvre est au-dessus de 38 degrés.

Au mois de juin, la malade commence à aller mieux. On lui fait une nouvelle injection intra-veineuse de collargol. La fièvre est à 38 degrés avec tendance à baisser.

Au mois de juillet, la malade va beaucoup mieux. La fièvre oscille entre 37 et 38 degrés. La malade s'alimente et a repris de son poids.

Fin juillet, on enlève le drain et elle commence à se lever. Elle n'a plus de fièvre du tout.

Quant à l'enfant, on le nourrit au lait de nourrice et il profite très bien.

A l'heure actuelle, la malade est complètement guérie.

OBSERVATION III

(Empruntée à la *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1888.)

Mme S..., âgée de vingt-deux ans, mariée depuis près d'un an, est enceinte de cinq mois.

Elle jouit habituellement d'une bonne santé. Sa mère est bien portante, mais son père est mort à cinquante-cinq ans, après avoir toussé pendant une quinzaine d'années. Elle-même a eu pendant son enfance une fluxion de poitrine grave. Elle est très sujette à s'enrhumer l'hiver. En dehors de cela, pas de maladies, pas de ganglions dans l'enfance, pas d'autres manifestations de scrofule. Un peu d'anémie dans ces dernières années. Cependant Mme S... supporte facilement son métier de repasseuse et possède un appétit régulier et bon.

Le jeudi 26 mai 1887, elle fait une chute, peu violente du reste, qui ne lui laisse aucune contusion, mais qui est suivie de vomissements et d'une nuit un peu agitée.

27 mai. — Elle semblait avoir un simple embarras gastrique et elle se plaignait d'une fièvre légère ; mais cet état sembla s'améliorer le lendemain.

29 mai. — Elle se trouve suffisamment bien, pour sortir un peu. Cependant dès la veille, elle avait commencé à avoir un peu de toux sèche. La nuit du 29 au 30 fut moins bonne.

Le lundi 30 mai, après midi, le docteur appelé auprès de Mme S... la trouve dans l'état suivant : fièvre élevée (40 degrés), face un peu injectée; dyspnée qui semble en grande partie sous l'influence d'une douleur occupant le côté

gauche de la poitrine. La toux est peu intense, toujours sèche.

L'auscultation indique à mi-hauteur du poumon gauche, une zone de souffle peu accentuée. A la percussion, il ne semble pas qu'il y ait grande différence de sonorité d'un poumon à l'autre.

31 mai. — Même état général ; souffle plus intense ; température 40 degrés.

1er juin. — Etat général meilleur ; matité remontée à gauche, jusqu'à la fosse sous-épineuse. A l'auscultation souffle doux ; égophonie.

3 juin. — Anxiété respiratoire très prononcée ; déviation du cœur.

5 juin. — L'examen physique démontre : un épanchement pleurétique occupant la plèvre gauche, mais laissant sa sonorité à la fosse sous-épineuse. Espace de Traube effacé. Cœur dévié ; la pointe bat à droite du sternum.

On pratique une thoracentèse avec l'appareil de Potain et on retire 1 lit. 1/4 de pus très lié et non fétide.

L'anxiété disparaît, l'amélioration est manifeste. La douleur persiste dans le côté, mais le cœur est revenu à sa place.

13 juin. — On doit refaire une nouvelle ponction, qui donne 1 litre de pus présentant les mêmes caractères que la première fois ; l'état paraît s'améliorer.

Mais le 22 juin, on est obligé de réfaire encore une ponction.

Le pus se reformant toujours, on décide de recourir à la pleurotomie. Et le 3 juillet, on fait une ouverture dans le septième espace intercostal ; il s'échappe beaucoup de pus. On fait un lavage à l'eau phéniquée tiède.

4 juillet. — Mieux très apparent.

Jusqu'au mois d'août, la malade se maintient dans cet état; il n'y a plus de fièvre. Mais en septembre, quoique la malade ait engraissé notablement, il y a toujours du pus dans sa plaie.

19 septembre. — Elle accouche normalement. L'enfant est peu volumineux. Les suites de couches sont parfaitement normales et apyrétiques. La montée du lait est abondante ; cependant on renonce à l'allaitement maternel, craignant d'épuiser la malade.

8 octobre. — M^me^ S... se lève ; sa plèvre ne suppure presque plus.

12 octobre.— Son drain s'échappe naturellement ; on ne le replace pas et la fistule se tarit définitivement le 17. La malade est guérie.

En résumé, nous avons eu affaire à une pleurésie purulente d'emblée. Cette pleurésie survenue au cours de la grossesse, n'a nullement interrompu celle-ci, malgré les températures élevées du début, malgré les souffrances des premiers jours, malgré la suppuration qui a suivi la pleurotomie. Enfin elle a entièrement guéri, sans trace aucune, peu de jours après l'accouchement.

CONCLUSIONS

En présence d'observations aussi convaincantes et grâce aux découvertes de laboratoire qui nous ont permis de comprendre l'évolution du streptocoque dans l'organisme, nous n'hésitons pas à donner les conclusions suivantes :

Les infections streptococciques, au cours de la grossesse, ne présentent pas la gravité que l'on pourrait supposer au premier abord.

Ces infections ne sont redoutables que si la femme est déjà soumise à d'autres infections, ou si elle se trouve dans un état d'affaiblissement et de déchéance physique marqués, car l'infection de localisée qu'elle était au début, peut se généraliser. Mais si l'infection est localisée comme dans l'érysipèle ou la pleurésie et si la femme est mise dans les conditions d'hygiène et d'antisepsie nécessaires en ces cas-là, la grossesse n'est nullement incommodée. La femme peut aller à terme et accoucher d'un enfant vivant. Elle peut allaiter son enfant dans les cas d'érysipèle, si les précautions antiseptiques sont toujours très bien observées.

Dans les cas de pleurésies purulentes, il est préférable de ne pas le lui laisser allaiter elle-même, parce qu'elle est déjà suffisamment affaiblie du fait de sa pleurésie.

Vu : le Président de la thèse,
ROGER

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ACHALME. — *Considérations sur la Virulence du Streptocoque.* Thèse de Paris, 1892.

ARNOZAN. — *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1882.

BENSIS. — *Recherches sur la flore vulvaire et vaginale chez la femme enceinte. Thèse de Paris, 1900.*

CHAMINADE. — *Considérations cliniques sur l'Érysipèle dans l'État puerpéral.* Thèse de Paris, 1894.

DUCHEIN. — *De l'Érysipèle pendant la Grossesse et de son Influence sur le Produit de la Conception.* Thèse de Bordeaux, 1885.

DUFOUR (H.). — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Paris 1909.

HALLÉ. — *Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. Thèse de Paris, 1898.*

JEANNIN. — *Etiologie et Pathogénie des Infections puerpérales putrides.* Thèse de Paris, 1902.

LEGENDRE. — *Mémoires et Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892.

— *Bulletins de la Société clinique de Paris*, 1879.

MAYOR (A.). — *Revue médicale de la Suisse Romande.* Genève, 1888.

ROGER. — *Les Maladies infectieuses.* Traité 2 v. Paris 1902.

STRAUS et TOLEDO (Sanchez). — Société de Biologie de Paris, 1888. *Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique.*

VINAY. — *Traité des Maladies de la Grossesse.* Paris, 1894.

WIDAL. — *Étude sur l'Infection puerpérale et la Phlegmatia alba dolens.* Thèse de Paris, 1889.

Imp. de la Faculté de Médecine Henri JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris